

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

RELATO DE UM CASO DE
SIFILIS CONGÊNITA ACOMPANHADA DE
NEUROSE LÚETICA

MÁRIO LUIZ LEBARBENCHON BRESSAN
PAULO DA VEIGA CORDEIRO

Florianópolis, 20 de Maio de 1989.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

RELATO DE UM CASO DE
SÍFILIS CONGÊNITA ACOMPANHADA DE
NEFROSE LUÉTICA

AUTORES : PAULO DA VEIGA CORDEIRO *
MÁRIO LUIZ LEBARBENCHON BRESSAN *

ORIENTADORES : NILZETE LIBERATO BRESOLIN **
AROLD PROHMMAN DE CARVALHO ***
ARMANDO JOSÉ POLLI ****

* Doutorandos da décima primeira fase do Curso de Medicina

** Nefrologista Pediátrica do Hospital Infantil "Joana de Gusmão"

*** Infectologista Pedriátrico do Hospital Infantil "Joana de Gusmão"

**** Nefrologista Pediátrico do Hospital Infantil "Joana de Gusmão"

SUMÁRIO

RESUMO.....	1
INTRODUÇÃO.....	2
OBJETIVO.....	8
RELATO DO CASO.....	9
COMENTÁRIOS.....	13
CONCLUSÃO.....	14
ABSTRACT.....	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	16

RESUMO

Os autores apresentam um caso de sífilis congênita com síndrome nefrótica em criança de 2 meses e 3 semanas de idade.

O paciente mostra sinais e sintomas de sífilis congênita, bem como proteinúria, hipoalbuminemia, edema e hematúria. Instituído o tratamento para sífilis, houve importante melhora clínica do síndrome nefrótica.

Os autores discutem as características clínicas, diagnóstico laboratorial e fazem considerações sobre a importância do diagnóstico e tratamento da sífilis materna durante o atendimento pré-natal.

INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma doença cosmopolita de grande importância para a Infecologia bem como para a Medicina de maneira geral.

Nos Estados Unidos surgem atualmente cerca de 75.000 a 100.000 novos casos a cada ano.¹ Já no ano de 1964 os Estados Unidos dispensaram cerca de 95,4 milhões de dólares no atendimento de pacientes portadores de sífilis, seja recente ou tardia.

É transmitida geralmente por contato sexual com indivíduo infectado (a través de ato sexual convencional - pênis/vagina ou pênis/canal anal, ou relação oral e assim por diante), podendo ocorrer também contaminação acidental de técnicos de laboratório/enfermagem que manuseiam sangue e/ou derivados contaminados.

A paciente sífilítica, quando grávida, poderá transmitir a doença ao feto, via transplacentária. O risco de infecção é alto, atingindo valores em torno de 80 a 95% na sífilis materna recente não-tratada.³ "A sífilis na gestação" constitui problema importante, seja pelas graves lesões que podem ocasionar no concepto, quando não tratada, seja pela possibilidade real de profilaxia medicamentosa da sífilis congênita."⁴

O *Treponema pallidum* (agente etiológico da sífilis) pode atingir o feto em qualquer estágio da gravidez, no entanto, as lesões da sífilis congênita, ocorrem apenas a partir do quarto mês de gravidez. Isto se deve ao fato da competência imunológica começar a se desenvolver neste período.³

O comprometimento da função renal na sífilis não é freqüente. Quando presente se manifesta através de Síndrome Nefrótica. Cumpre dizer que cerca de 50% dos casos de Síndrome Nefrótica nos primeiros seis meses de vida são secundários à sífilis congênita.

O processo através do qual o *Treponema pallidum* atua no organismo humano é ainda obscuro. Sabe-se que ele não produz qualquer endo ou exotoxina, porém seus antígenos provocam uma resposta imune do tipo celular no hospedeiro.

Contra os antígenos do *Treponema pallidum* são produzidos dois tipos de anticorpos : os não específicos, os quais reagem com a cardiolipina (antígeno lipídico derivado do coração do boi), e os específicos, os quais reagem contra os antígenos do próprio espiroqueta.

A doença determina um grau de imunidade durante o seu curso inicial. Em função do nível desta imunidade e com o passar do tempo, poderão ocorrer os seguintes desfechos : cura espontânea, a doença permanece latente ou aparecem sequelas tardias.

A doença em seu curso natural divide-se em três estágios :

1. O estágio primário segue-se a um período de incubação de 10 a 90 dias e é marcado pelo desenvolvimento do cancro no local da invasão do treponema.
2. O estágio secundário ocorre 2 semanas a 6 meses após o término do estágio primário. Caracteriza-se por erupção cutânea generalizada (ou menos freqüentemente localizada). Ambos os estágios são autolimitados, desaparecendo entre 4 a 12 semanas.
3. O estágio terciário pode ocorrer após anos ou décadas após o estágio primário, surgindo em um terço dos casos não tratados. A lesão característica deste estágio é a goma, que pode atingir qualquer tecido. Ressaltam-se neste estágio, as lesões cardiovasculares e do sistema nervoso central.

Na sífilis congênita, quanto mais recente a infecção materna, mais provável o envolvimento do feto e mais florido é o quadro da sífilis congênita. As manifestações da sífilis congênita em geral são mais graves do que as que ocorrem na sífilis adquirida.

As lesões características da sífilis congênita são : extensa descamação do epitélio, mais proeminente nas palmas, plantas dos pés e em torno da boca e do ânus. Há uma osteocondrite e também pericondrite, mais intensa no nariz e nas pernas, causando respectivamente, o "nariz em sela" e a "tíbia em sabre". O crescimento ósseo pode ser comprometido pela separação das epífises.

O fígado é sede de reação inflamatória com eventual cicatrização extensa e conseqüente fibrose, podendo levar a uma hepatomegalia. As gomas podem ser encontradas no fígado, mesmo naqueles casos bem iniciais. Os pulmões podem ser afetados por uma fibrose intersticial difusa. Em qualquer outro órgão pode haver inflamação intersticial difusa, como por exemplo rins, pâncreas, baço e órgãos endócrinos. Os dentes incisivos são menores do que o normal; têm um aspecto em "serrote" e são algumas vezes ponteados, produzindo uma deformidade característica - Dentes de Hutchinson.

O Sistema Nervoso Central pode ser acometido na sífilis congênita de três formas :

- . Sífilis meningovascular, na qual há infiltração das meninges e seus vasos sanguíneos por linfócitos e plasmócitos;
- . Paresia geral, cujo achado principal é a perda difusa de neurônios causado pela destruição do parênquima encefálico pelos espiroquetas;
- . **Tabes dorsalis**, que é rara na sífilis congênita, caracteriza-se basicamente por diminuição das raízes posteriores da região lombar e a degeneração das colunas posteriores.

O síndrome nefrótico secundário a lues ocorre por espessamento da membrana basal semelhante ao que ocorre na glomerulonefrite membranosa e às vezes proliferação das células endoteliais como nas glomerulonefrites proliferativas. A imunofluorescência é positiva para imunoglobulinas e complemento, notando-se depósitos densos no lado epitelial da membrana basal.⁸

As manifestações clínicas da sífilis congênita se dividem em dois grupos : precoce e tardio. As manifestações precoces (que aparecem dentro de duas semanas a três meses) consistem em : coriza, lesões cutâneo-mucosas geralmente máculo-papulosas, erosivas, circulares, não pruriginosas, inicialmente de cor vermelho-brilhante e mais tarde, acobreadas, condilomas planos da região anogenital, placas mucosas na cavidade oral planas de natureza erosiva, regiões palmoplantares podem mostrar-se infiltradas, vermelhas e descamadas, o pênfigo constitui lesão típica. Podem ainda existir fissuras em torno da boca. As lesões ósseas se caracterizam por osteocondrite múltipla por erosão localizada principalmente nas metáfises dos ossos longos, periostite largamente disseminada e quase sempre simétrica, ocasionando neoformação óssea e aparecimento de duplo contorno nas diáfises, pseudoparalisia de Parrot por descolamento epifisário decorrente de osteocondrite, dactilite ocasionando tumefação fusiforme indolor nos dedos e artelhos. Pode ocorrer ainda hepatoesplenomegalia, em geral moderada, por vezes acompanhada de leve icterícia, incapacidade de ganhar peso, anemia hipocrômica, linfocitose, linfadenopatia e edema.

As manifestações tardias principais são as seguintes : ceratite intersticial uni ou bilateral, comprometimento meningo-vascular, com retardo mental, hemiplegia, convulsão, etc. Existem também alterações ósseas, tais como : "tíbia em sabre", "nariz em sela", bossas frontais e parietais (fronте olímpica, 'crânio natiforme), tríade de Hutchinson (surdez, incisivos centrais semilunares e ceratite intersticial).

No quadro clínico do Síndrome Nefrótico Luético verificamos a associação de hepatoesplenomegalia, rinite, presença de pênfigo luético e osteocondrite sifilítica.

Nestes casos o líquido pode-se apresentar alterado com hiperproteinorragia. As reações sorológicas para lues confirmam o diagnóstico da nefropatia.⁷

Existem reações sorológicas para a sífilis baseadas nos verdadeiros anticorpos antitreponema, como é o caso das provas de imunofluorescência indireta total (FTA, FTA-Abs). Mais usadas, entretanto, são as provas que se baseiam em anticorpos contra a cardiolipina, incluindo-se neste grupo a clássica reação de Wassermann, que é de fixação do complemento, e as reações de floculação (Kleine, VDRL).

Na sífilis congênita, as reações sorológicas só tem valor após os três ou quatro meses de idade. Por ocasião do nascimento, as reações podem ser falsamente positivas pela transferência à criança de anticorpos maternos ou falsamente negativa pelo fato dos anticorpos não terem surgido ainda na criança; em casos duvidosos uma seqüência de reações quantitativas (a cada três ou quatro semanas) pode ser de grande valor diagnóstico, uma vez que a elevação dos títulos indica infecção e a baixa do mesmo, indica ausência de infecção (quando os títulos tendem a baixar, a reação negativa-se geralmente aos três ou quatro meses de idade).

O raio X do esqueleto pode ser decisivo para o diagnóstico. As alterações generalizadas já descritas são bem visualizadas no recém-nascido, em uma única chapa de corpo inteiro.

O hemograma revela ainda uma anemia que pode ser intensa, com número de leucócitos extremamente variável, mas com tendência à leucocitose, algumas vezes com reação leucemóide. Pode haver trombocitopenia. Nos casos mais graves a eritroblastemia é elevada. A bilirrubinemia é importante nas formas septicêmicas maciças, em que a icterícia pode ser intensa.

O exame do líquido cefalorraquidiano é importante pela existência de neurolues congênita assintomática (em torno de 60% dos pacientes com sífilis congênita).⁹ Este exame deverá fazer parte da rotina no diagnóstico laboratorial da sífilis congênita. Observa-se aumento do número de leucócitos com predominância de células linfomononucleares, além de aumento das proteínas líquóricas.

Para o diagnóstico, a suspeita clínica é levantada em primeiro lugar pela história materna (mãe luética, abortamento com mais de quatro meses, partos prematuros e história de outros filhos com sinais clínicos de sífilis).

O diagnóstico definitivo só é feito pelo encontro do *Treponema pallidum* em campo escuro ou em exame histológico. O diagnóstico de suposição será feito frente a um dos seguintes quadros :

- a) reação sorológica para sífilis, mantendo-se positiva ou em elevação;
- b) as mesmas reações positivas, mais a presença de lesões mucosas, cutâneas e ósseas;
- c) reações sorológicas negativas mais a presença de lesões cutâneas, mucosas e ósseas e ainda : hepatoesplenomegalia, alterações hematológicas (anemia hemolítica, trombocitopenia), pseudoparalisia de Parrot, alterações renais, anomalias neurológicas ou líquóricas, linfadenopatia generalizada, e
- d) reações sorológicas positivas, na presença de duas ou mais das alterações mencionadas acima.

O diagnóstico de possibilidade é feito quando há reações positivas sem sinais clínicos. Esta e algumas das possibilidades acima podem em geral ser esclarecidas com o uso criterioso das provas laboratoriais, principalmente as que visam demonstrar anticorpos antitreponemas na fração IgM.

A penicilina é o antibiótico de eleição para o tratamento da sífilis congênita. Se administra uma dose total de 250.000 unidades/Kg de peso corporal de penicilina procaína aquosa dividida em 10 parcelas diárias (a dose total não deve ser inferior a 1 milhão de unidades), ou penicilina G cristalina na dose diária de 50.000 unidades/Kg de peso corporal, via I.M., em duas parcelas (cada 12 horas), durante 10 dias.

Em caso de intolerância à penicilina, utilizar as tetraciclínas, 30 a 40 gramas, ou a eritromicina, 20 a 30 gramas, administradas durante um período de 10 a 15 dias.

A profilaxia da sífilis congênita baseia-se principalmente no tratamento das mães sífilíticas. É praticamente certo que se evite a instalação de sífilis fetal pelo tratamento correto antes do quinto mês gestacional e que se consiga a cura em muitos casos tratados após esse período. Não se considera necessário tratar uma paciente com sífilis antiga e corretamente tratada. No entanto, se a paciente continua soropositiva, e não se conhece as condições do tratamento anterior, é provavelmente mais correto tratá-la, muito embora haja interesse em evitar-se o uso de drogas durante a gestação.

O tratamento da gestante pode ser feito, como o do recém-nascido, por vários esquemas. Dois dos mais usados, empregam 600.000 unidades de penicilina procaína/dia, por 10 dias, ou a aplicação de 3 doses de 2.400.000 unidades de penicilina benzatina com intervalos de uma semana.

É preciso lembrar que mãe sintomática, embora soronegativa, deve ser tratada com controle evolutivo de reações sorológicas para a sífilis. Se a mãe é VDRL positiva, tratar e observar. Se a mãe não tratada tem VDRL negativo, solicitar o FTA-Abs.

Pelo que acaba de ser exposto, verifica-se como é importante a pesquisa da sífilis materna durante a gestação e o tratamento antes do quinto mês, quando indicado. A lembrança da possibilidade de contaminação no fim da gestação, deve, porém, estar presente.

OBJETIVOS

Os objetivos deste trabalho são basicamente dois : o primeiro é o de levar ao conhecimento da classe médica um caso de sífilis congênita com um componente raro que é o síndrome nefrótico luético (nefroze luética).

O segundo objetivo é ressaltar a importância do atendimento pré-natal, no qual podemos detectar a presença da sífilis recente (estágios primário e secundário) e também da sífilis tardia, evitando o comprometimento do feto. Apesar desta afirmação ser incontestável, cumpre dizer que a mãe do paciente cujo caso relatamos compareceu ao atendimento pré-natal.

RELATO DO CASO

. IDENTIFICAÇÃO :

L.P., 2 meses e 3 semanas, masculino, branco, natural e procedente de Florianópolis. Sem internações anteriores.

. QUEIXA PRINCIPAL :

Febre e gemência.

. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL :

Há 2 semanas mãe refere que o filho apresentou aumento de volume abdominal, febre, gemência, manchas avermelhadas nas pernas e episódios de irritabilidade à amamentação e ao manuseio. Os sintomas têm se apresentado às vezes de forma mais acentuada e outras vezes de forma mais discreta neste período. Refere ainda, micções com urina avermelhada. Nega outros sintomas.

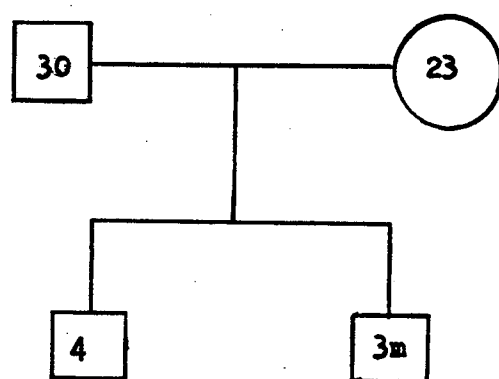
. INTERROGATÓRIO SOBRE DIVERSOS APARELHOS E SISTEMAS :

Nada digno de nota.

. ANTECEDENTES :

- a) Gestacionais : fez pré-natal mensalmente sem intercorrências, exceto por apresentar sorologia (VDRL) positiva para lues com título de 1:2 no primeiro e terceiro trimestres (não tratada, sic). Nega irradiações, tabagismo, etilismo, uso de drogas.
- b) Parto hospitalar a termo, normal com episiotomia. Amniorrexe quatro horas antes do parto. Trabalho de parto com duração de seis horas, período expulsivo rápido.
- c) Período neo-natal : peso ao nascer de 3.000 g, choro fácil e forte, boa sucção, nega cianose e icterícia. Refere conjuntivite neo-natal, queda do coto umbilical com 15 dias.

- d) Alimentares : leite materno exclusivo e chá caseiro.
- e) Imunizações : fez a primeira dose da D.P.T. e da Sabin (não confirmadas).
- f) Desenvolvimento Neuropsicomotor : sorriso social com um mês.
- g) Familiares : avô paterna - neoplasia cêrvico-uterina. Nega outras patologias.
- h) História fisiológica e social : pai caminhoneiro, mãe do lar. Casa de madeira, duas peças, banheiro interno, fossa séptica, água tratada e luz elétrica.
- i) Heredograma :



. EXAME FÍSICO

1. Geral : bom estado geral, fâcies atípico, irritado ao manuseio, palidez cutâneo-mucosa ++/4, sem linfonodomegalias, eupneico, acianótico, anictérico, hidratado, turgor normal, fâneros sem particularidades.
2. Cabeça : crânio, nariz, ouvidos, orofaringe normais ao exame.
3. Tórax : simétrico e sem deformidades. Ausculta pulmonar : murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios. Ausculta cardíaca : bulhas rítmicas normofonéticas em dois tempos sem sopros.
4. Abdome : distensão importante, palpação prejudicada. Fígado percutível até 4 cm do rebordo costal direito. Baço e rins não palpáveis.
5. Membros : edema em MMII, boa perfusão periférica. Lesões eritematosas, descamativas, planas, pleomórficas em membros inferiores.
6. Genitais : estenose de meato prepucial, testículos na bolsa testicular. Hiperemia da região perianal.
7. Neurológico : irritabilidade.

OBS.: Apresentou micção ao exame com hematúria macroscópica.

. EXAMES COMPLEMENTARES :

No ato da internação, foram solicitados os seguintes exames : hemograma com contagem de plaquetas, hemocultura, glicemia, parcial de urina, estudo do líquido cefalorraquídico, sorologia para sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes, e raio X panorâmico. Os resultados obtidos foram :

(1) hemograma : hematócrito = 29%, leucocitose ($23.700/\text{mm}^3$) com desvio à esquerda (bastões = 15%), presença de granulações tóxicas grosseiras (++) , contagem de plaquetas dentro da normalidade;

(2) glicemia normal;

(3) parcial de urina : cor vermelha, aspecto turvo, depósito acentuado, pH 5,5 , proteínas positivo (++++), sangue positivo (++++), sedimentos (leucócitos : $280.000/\text{ml}$, hemáceas : $1.000.000/\text{ml}$, cilindros : hialinos = $6.000/\text{ml}$, granuloso = $8.000/\text{ml}$, hemáticos = $4.000/\text{ml}$, leucocitários = $16.000/\text{ml}$. Flora bacteriana intensa, pouco muco.

(4) líquido : punção lombar normal, pesquisa de antígeno para H. influenza, E. pneumoniae, N. meningitidis A e C, negativa para todos.

(5) sorologia para sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes, negativa.

(6) raio X : reação periosteal difusa em ossos longos, sugestiva de sífilis congênita.

. EVOLUÇÃO INTRA-HOSPITALAR :

No terceiro dia de internação foi avaliado pelo nefrologista que levantou a hipótese diagnóstica de nefrose lútica. Foi iniciada antibioticoterapia com penicilina cristalina. Neste dia, foi constatada hipoalbuminemia (nível sérico de $1\text{g}/100\text{ml}$) e, através de um novo parcial de urina, a persistência da hematuria (++++/4) e da proteinúria (++++/4).

No quarto dia de internação foi constatada hipocalcemia ($7,3\text{mg}\%$), hipomagnesemia ($1,57\text{mg}\%$), hipercalemia ($6,9\text{mEq/L}$) e hiponatremia (114mEq/L). Apresentava-se com diurese diminuída ($0,42\text{ ml/Kg/hora}$) e edema de membros inferiores +++/4. Foi administrada albumina + furosemida. Neste dia o exame do líquido permanecia normal. A proteinúria persistia. Sorologia para lues negativa (tanto quantitativamente quanto qualitativamente). A gasometria arterial demonstrava acidose metabólica. A leucocitose se elevou para $34.300/\text{mm}^3$ e o restante do hemograma se mantinha inalterado.

No quinto dia de internação (3º dia de penicilina) houve melhora da distensão abdominal, porém o edema se mantinha. Novamente prescrito albumina e furosemida. Ultrassonografia abdominal mostrava hepatoesplenomegalia. Persistia com hipocalcemia e discreta hiponatremia (133mEq/L). A urocultura foi positiva para S. aureus e P. vulgaris (10^5 colônias). Suspeitou-se de contaminação do coletor.

No sexto dia de internação houve regressão parcial da distensão abdominal e total das lesões de períneo. Constatou-se melhora da diurese.

No nono dia de internação (7º dia de penicilina) o quadro clínico se mantinha inalterado, apenas com discreta melhora da hematúria e proteinúria.

No décimo dia de internação foi prescrita terceira dose de albumina.

No décimo segundo dia de internação houve importante regressão do edema (+/4). A sorologia mostrou-se positiva pela primeira vez : VDRL positivo até 1:64 e FTA-Abs positivo (IgG).

No décimo sexto dia de internação (14º e último de penicilina) foi prescrito penicilina benzatina para os pais.

No décimo sétimo dia de internação constatou-se regressão completa do edema. Na ocasião foi prescrito penicilina benzatina 300.000 unidades I.M..

No décimo oitavo dia de internação recebeu alta hospitalar. Na ocasião apresentava os seguintes valores laboratoriais :

- (1) hemograma : hematócrito = 24%, hemoglobina = 7,5g%, leucócitos = 12.500/mm³.
- (2) parcial de urina : cor amarelo citrino, aspecto turvo, depósito abundante, densidade = 1015, pH = 7,5. Permanecia com hematúria, proteinúria e leucocitúria moderadas.
- (3) bioquímica do sangue : proteínas totais = 4,2g/100ml, albumina = 1,9g/100ml, globulinas = 2,3g/100ml e relação albumina/globulina = 0,8.

Paciente recebeu alta com retorno programado para controle ambulatorial.

COMENTÁRIOS

O caso relatado apresentava vários dados clínicos e de exames complementares característicos de lues congênita, tais como : lesões de pele, periostite (ao raio X), hemograma com leucocitose e desvio à esquerda e epidemiologia materna positiva para sífilis. Com o tratamento (penicilina cristalina) houve remissão dos sintomas e conseqüente melhora clínica.

O síndrome nefrótico congênito secundário à lues, como já foi comentado anteriormente, corresponde a cerca de 50% das causas de síndrome nefrótica nos primeiros seis meses de vida. No caso relatado, os principais dados que chamaram a atenção para este diagnóstico, foram : presença de edema, proteinúria significativa, cilindrúria, leucocitúria, hipoalbuminemia e hematúria macroscópica. Os níveis de uréia e creatinina séricos eram normais. A sorologia para lues, que inicialmente era negativa, após 8 dias se tornou positiva.

Ressaltamos também a regressão do quadro de edema e melhora dos parâmetros laboratoriais com o tratamento para a sífilis.

CONCLUSÃO

É importante que a classe médica tenha em mente as sérias consequências da sífilis congênita para que não se deixe de fazer o diagnóstico da sífilis na gestação em tempo de se evitar o comprometimento do concepto.

É fundamental que o atendimento pré-natal seja executado com critério e eficiência, pois só assim se conseguirá evitar a sífilis congênita.

Devido a fácil exequibilidade da profilaxia medicamentosa da sífilis congênita, é inadmissível que ainda hoje este mal continue a existir em nosso meio.

ABSTRACT

The authors present a case of congenital lues with nephrotic syndrome in a two months and three weeks old child.

The patient had signs and symptoms of congenital syphilis as well as proteinuria, hypoalbuminaemia, edema and haematuria. The syphilis treatment was instituted with a clinical improvement of the nephrotic syndrome.

The authors discuss the clinical characteristics, laboratorial diagnosis and show concern about diagnosis and treatment of maternal syphilis in the course of prenatal care.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SPARLING, P.F. - Doenças Sexualmente Transmissíveis in WYNGAARDEN, J.B. & SMITH, L.H. - Cecil Tratado de Medicina Interna. 16ª ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1984. p. 1600.
2. BELDA, W. - Sífilis in VERONESI, R. - Doenças Infecciosas e Parasitárias. 7ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982. p. 973.
3. HOLMES, K.K. - Sífilis in HARRISON, T.R. - Medicina Interna, 10ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1984. p. 1170.
4. BELDA, W. - Sífilis in VERONESI, R. Doenças Infecciosas e Parasitárias. 7ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982. p. 975.
5. SPARLING, P.F. - Sexually Transmitted Diseases in WYNGAARDEN, J.B. & SMITH, L.H. - Cecil Textbook of Medicine. 18ª ed. Philadelphia, Saunders Company, 1988. p. 1713.
6. SPARLING, P.F. - Sexually Transmitted Diseases in WYNGAARDEN, J.B. & SMITH, L.H. - Cecil Textbook of Medicine. 18ª ed. Philadelphia, Saunders Company, 1988. p. 1714.
7. TOPOROVSKI, J. - Síndrome Nefrótica Infantil. J. Ped. 49 (3); 478 - 480, 1980.
8. MILLER, O. - Diagnóstico e Terapêutica em Medicina Interna. 14ª ed. Rio de Janeiro, Atheneu, 1987. p. 609.
9. RAMOS, J.L.A. - Infecções Neonatais. in MARCONDES, E. - Pediatria Básica. 7ª ed. São Paulo, Sarvier, 1985. p. 426.

**TCC
UFSC
PE
0082**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE 0082

Autor: Cordeiro, Paulo da

Título: Relato de um caso de sífilis con



972802121

Ac. 253730

Ex.1 UFSC BSCCSM